



Antrag zur Aufnahme in die Heilpädagogische Tagesstätte für Kinder im Vorschulalter im Franziskushaus Altötting

Aufnahme gewünscht ab:

	Kind	Mutter	Vater
	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> alleinerziehend	<input type="checkbox"/> sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> alleinerziehend
Nachname			
Vorname			
Geb.-Datum			
Geburtsort / Geburtsland			
Staats- angehörigkeit			
Straße			
Wohnort			
Telefon	XXXXXXXXXXXXXXXX		
Handy	XXXXXXXXXXXXXXXX		
Email			
Familienstand	XXXXXXXXXXXXXXXX		
Religion			
Familien- sprache			
Sonstige Sprachen			
Beruf	XXXXXXXXXXXXXXXX		

Hat Ihr Kind bereits eine andere Einrichtung besucht?

nein ja welche? _____

Wer hat den Besuch der HPT vorgeschlagen?

Ärztliches Gutachten mit Diagnose unter Verwendung des ICD-10

liegt vor ist beantragt wird beantragt

Besonderer Förderbedarf im Bereich: Sprache Motorik Sozial-Emotional

Sonstige _____

Liegen gesundheitliche Beeinträchtigungen vor?

nein Allergie dauerhafte Erkrankung Sonstige

Ist das Kind gegen Masern geimpft? ja nein

Wird ein Fahrdienst zur und/oder von der HPT benötigt?

nein ja Begründung

Mit der Weitergabe der Daten an andere Träger und Einrichtungen, an Kommunen, den Bezirk Oberbayern sowie an das Landratsamt bin/sind ich/wir einverstanden, wenn dies erforderlich ist, um auf evtl. Probleme bei der Platzvergabe reagieren zu können.

Mit einer Speicherung und EDV-technischen Verarbeitung der o. g. Daten zum Zwecke der Platzvergabe und der Abwicklung des Betreuungsverhältnisses durch die Einrichtung und den Bezirk Oberbayern (Leistungsträger) bin/sind ich/wir ebenfalls ausdrücklich einverstanden.

Für den Fall, dass die Anmeldung nur von einer/em Personensorgeberechtigten vorgenommen wird, wird hiermit ausdrücklich bestätigt, dass diese ggf. im Auftrag und auf Wunsch der/des anderen Personensorgeberechtigten erfolgt.

Im Übrigen versichere/n ich/wir die Richtigkeit der angegebenen Daten. Bei Änderungen der persönlichen Verhältnisse (Sorgerecht, Adresse, Telefon) werde/n ich/wir dies unverzüglich mitteilen.

Sollte/n ich/wir den beantragten HPT-Platz nicht mehr benötigen, versichere/n ich/wir, dies baldmöglichst mitzuteilen.

Ort *Datum* _____
Unterschrift der Sorgeberechtigten